

SCHADENANZEIGE

HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Versicherungsnehmer:

Versicherer: _____

VS-Nr.: _____

Schaden-Nr.: _____

Unser Aktenzeichen:

Vermutl. Schadenhöhe in €: _____

- 1.a) Wann trat der Schaden ein? _____ Datum: _____ Uhrzeit: _____
- 1.b) Wo hat das Schadenereignis stattgefunden? _____
- 1.c) Wann und wie haben Sie den Schaden gemeldet? Am _____ telefonisch brieflich mündlich
- 1.d) Was ist beschädigt worden? _____
- 1.e) Worin besteht die Beschädigung? _____

2. Wie hat sich das Schadenereignis zugetragen? (Bitte eine ausführliche Schilderung, ggf. auf einem Beiblatt mit Skizze)

3.a) Waren Ihnen die beschädigten Sachen zur Bearbeitung, Benutzung, Reparatur oder Beförderung übergeben?

Nein Ja zur _____

3.b) Waren sie gemietet, gepachtet, geliehen, geleast oder Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages?

Nein Ja nämlich _____

4. Wessen Eigentum sind die vom Schaden betroffenen Sachen (Adresse und Telefonnummer)?

5.a) Sind Sie mit dem Anspruchsteller/Geschädigten verwandt oder verschwägert? Nein Ja

Verwandtschaftsverhältnis: _____

5.b) Leben Sie mit dem Anspruchsteller/Geschädigten in häuslicher Gemeinschaft? Nein Ja

5.c) Ist der Anspruchsteller/Geschädigte z. B. in Ihrem Haushalt beschäftigt oder betreuen Sie - auch gefälligkeithalber - Wohnung, Haus, Garten, oder versehen Sie den Streudienst?

Nein Ja und zwar _____

5.d) Ist der Anspruchsteller/Geschädigte mitversicherte Person?

Nein Ja ggf. Funktion _____

6.a) Ereignete sich der Schaden bei Ausführung einer Bestellung oder eines sonstigen Auftrages für den Anspruchsteller/Geschädigten?

Ja Nein

6.b) Wenn ja, worin bestand die auszuführende Leistung?

7.a) Wer hat den Schaden Ihres Erachtens nach verschuldet? _____

7.b) Wie alt ist/sind der/die Schädiger? _____

7.c) Stellen Sie anderweitig Ansprüche? Ja Nein

7.d) Wenn ja, bei wem? _____

Bitte nur beantworten, wenn der Schaden durch Ihr Kind verursacht wurde

8.a) Wer hat Ihr Kind beaufsichtigt? _____

8.b) Wann (Std./Min.) wurde letztmalig vor dem Schaden nach Ihrem Kind gesehen? _____

8.c) Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn verheiratet? Ja Nein

9.a) Falls der Schadenfall durch das Verschulden einer bei Ihnen beschäftigten Person verursacht wurde, Name, Alter und Anschrift dieser Person:	9.b) Bei Ihnen beschäftigt als:
	9.c) Seit: _____

10. Sind Zeugen beim Schadenfall zugegen gewesen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1. Zeuge, Name und Adresse	2. Zeuge, Name und Adresse

11. Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ggf. von welcher Behörde: _____ Aktenzeichen: _____
--	--

12.a) Sind schon Ersatzansprüche an Sie gestellt worden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	12.c) Wann? _____
12.b) Wenn ja, Name, Adresse, Telefonnummer des Anspruchstellers	12.d) In welcher Höhe _____
	12.e) Mit welcher Begründung? _____

13.a) Sind die vom Schaden betroffenen Sachen noch anderweitig versichert? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
13.b) Wenn ja, bitte Namen des Versicherers, Höhe der Versicherung und Versicherungsschein-Nr. angeben.

14.a) Welchen Anschaffungswert hat die Sache? _____ €	14.d) Wann und bei wem ist die Sache gekauft worden?
14.b) Höhe der Wiederherstellungskostenca. _____ €	
14.c) Welchen Eindruck machte die beschädigte Sache? benutzt <input type="checkbox"/> abgenutzt <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/>	14.e) Haben Sie die beschädigte Sache besichtigt/durch jemanden besichtigen lassen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> durch: _____

15.a) Haben Sie schon selber Schadenersatz geleistet? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	15.c) In welcher Höhe? _____ €
15.b) Wenn ja, an wen? _____	15.d) Hat der Geschädigte aufgerechnet? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

16. Bitte bei Personenschäden beantworten	
Name des Verletzten/Toten: _____	Verletzungen: _____
Anschrift: _____	
Beruf: _____ Alter: _____ Familienstand: _____	
Krankenkasse/Berufsgenossenschaft: _____	Wurde der Verletzte ins Krankenhaus gebracht? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Weiterer Personenschaden: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (Ggf. auf gesondertem Beiblatt fortführen)	

17.a) Befand sich der Verletzte auf dem Weg von oder zur Arbeitsstelle? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	17.b) Erleidet er den Unfall bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
--	--

Bei Entschädigung bitte ich um einen Verrechnungsscheck Überweisung auf das Konto Nr. _____
bei: _____ Bankleitzahl: _____ Kontoinhaber: _____

Wann wurde der Versicherungsschein eingelöst bzw. der Beitrag für das laufende Versicherungsjahr (an wen?) bezahlt?
Am: _____ An: _____

Die Regulierung des Schadens ist ausschließlich Sache der Versicherungsgesellschaft. Der Versicherungsnehmer darf sich daher ohne Zustimmung der Gesellschaft nicht in Verhandlungen mit dem Geschädigten einlassen, ihm insbesondere auch nicht den Vordruck zur Ausfüllung überlassen.

Es wird hiermit erklärt, dass die vorstehenden Fragen und die Schadensaufstellung wahrheitsgemäß beantwortet bzw. erstellt wurden. Bewußt falsche Angaben können den Verlust des Versicherungsschutzes bewirken.

(Ort) (Datum) (Makler) (Versicherungsnehmer)